

外来診療申込書 (新規 ・ 変更)

総合クリニック ドクターランド幕張

当院の受診が初めての方又は個人情報に変更があった方は記入頂いた上、受付にお並びください。

フリガナ		男	生年月日
名前		・	明・大・昭・平・令
		女	年 月 日 歳
住所	〒 - 都 道 - 県 府		
電話番号	- -	携帯番号	- -

保険証をお忘れの方は10割負担となります。ご負担分の清算に関しては、「会計」窓口にてお尋ね下さい。

【職員記入欄】

診察券番号：	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ	<input type="checkbox"/> 生活保護
	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災
	<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 予防接種
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

予約	あり ・ なし
紹介状	あり ・ なし

診察室	01	03	05	06	16	17	18	19
診療科	内科 ①	内科 ・ 脳神経	小児科 ①	小児科 ②	耳鼻咽喉科	皮膚科	美容皮膚科	整形外科

症状 (受付ER問診コメント) :
